

終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての 取り組みを阻む医療従事者側の要因

吉田亜紀子¹・藤田佐和²・大川宣容³・森下利子⁴・鈴木志津枝²

(2005年12月1日受付, 2006年1月23日受理)

Nurses' perceptions on difficulties resulting from health providers' practice for terminally ill cancer patients and their families in the transition from hospital to home

Akiko YOSHIDA¹, Sawa FUJITA², Norimi OKAWA³,
Toshiko MORISHITA⁴, Shizue SUZUKI²

(Received : December 1, 2005. Accepted : January 23, 2006)

要旨

本研究の目的は、終末期がん患者の在宅ケアへの移行への取り組みを阻む医療従事者側の要因を明確にすることにより、在宅ケアへの移行に向けての今後の取り組みの方向性を探ることである。一般病院でがん患者のケアを5年以上実践している看護師で研究参加への同意の得られた15名を対象として、半構成的面接法によりデータを収集し、質的帰納的に分析した。分析の結果、在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因として、【在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢】【在宅ターミナルケアへの移行を支える看護実践力の不足】【人間の生死について語り合うことのできない人間関係】【患者や家族の意向を確認しないままの判断基準】【在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ】【ターミナルケアを実践できる看護師育成の不足】の6つが抽出された。これらの結果の考察を通して、1) 終末期がん患者と関わる看護師は患者や家族と真摯に向き合い、話し合いの場を持ち、療養の場の選択肢として、在宅ケアへの移行の意思を確認していく必要があること、2) 在宅ケアへの移行を支える看護師には知識や情報に基づいた実践力、患者の病状や予後を読み取り在宅移行へのタイミングを的確にとらえていく力が求められていること、3) ターミナルケアを実践していく看護師の育成や臨床の場における継続教育を充実する必要があること、の3点が示唆された。

キーワード：ターミナルケア、終末期がん患者、在宅移行

Abstract

The purposes of this study were to identify difficulties resulting from health providers' attitudes and practice for terminally ill cancer patients and their families in transition from hospital to home, and to examine how health providers can support patients with terminally ill cancer and their families in the transition. The participants were 15 nurses who have taken care of terminally ill cancer patients more than 5 years in the general hospitals, and they agreed to participate to this study. The researchers studied the nurses using a semi-structured interview and analyzed the qualitative data. The researcher found 6 categories; a) Health providers' attitudes and stance toward terminal care at home, b) Deficiency of professional performance in the transition from hospital to home, c) Human relations in which nurses cannot talk with patients about life and death, d) Health providers' judgment without understanding the patient's and family's intention, e) Deficiency of knowledge, information, and resources regarding terminal care at home in health providers, and f) Insufficient education activities fostering expert nurses in terminal care in general hospitals. These findings suggest three ways; 1) Nurses who are take care of patients with terminally ill cancer and their families need to communicate openly and sincerely with the patients and their families, and the nurses also need to understand patients' intentions whether or not they want to discharge from hospital to home. 2) Nurses, who support patients with terminally ill cancer and their families on the transition from hospital to home, need outstanding abilities; to assess the condition and prognosis in terminally ill patients and to judge when it is fitting time to discharge to home. 3) It is needed to foster expert nurses and improve continuing education for nurses in the areas of terminal care.

Key words : terminal care, cancer patient, transition from hospital to home

- | | | | |
|-------------------|----|-------|---|
| 1. 高知女子大学看護学部看護学科 | 助手 | 看護学修士 | Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University |
| 2. 高知女子大学看護学部看護学科 | 教授 | 看護学博士 | 〃 |
| 3. 高知女子大学看護学部看護学科 | 講師 | 看護学修士 | 〃 |
| 4. 高知女子大学看護学部看護学科 | 教授 | 医学博士 | 〃 |

I. はじめに

近年、患者のQOLの視点から、終末期がん患者の在宅ケアは重視され、その実現に向けて努力が続けられている。在宅ケアの実現・維持にかかわる条件には医療者・地域の資源を含む在宅ケア支援体制と、患者・家族側の要因があることが明らかになっている。しかし、臨床現場において、医療従事者側の退院時期決定の遅さや、対応のペースの遅さ、患者・家族とのコミュニケーション不足等が、在宅ケアへの移行を困難にしていると考えられる状況が見受けられる。

平成13年度にライフデザイン研究所が実施した「終末期医療に対する意識調査」によれば、「最期を自宅で過ごしたい」と答えた人は78.9%で、8割近くを占めていた。しかし、平成16年度の厚生労働省の人口動態調査では、悪性新生物で死亡した人の91.2%が病院で死亡しており、自宅で死亡した人はわずか5.8%にすぎない。また、厚生労働省が2003年に行った終末期医療に関する調査¹⁾では、自宅で最期まで療養することについて、調査に参加した一般国民の65.5%、看護師の48%が「実現困難である」と回答しており、その理由として、「介護してくれる家族への負担」、「病状急変時の不安」が多く、緊急時の対応や適切な体制整備により家族の負担を軽減し、患者が自分の状況に合わせて療養の場を選択できるようにする必要がある。このように希望が叶えられない理由について、医療システム上の問題²⁾や患者・家族側の要因³⁾に関して明らかにされてきたが、医療従事者側の要因について明らかにした研究はほとんどない。

そこで、本研究において終末期がん患者の在宅ケアへの移行を阻む要因を明らかにすることで、在宅ケアへの移行を進めていく上で医療従事者が今後取り組むべき課題や支援のあり方の方向性を探ることが可能になると考える。

II. 研究目的

終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての

取り組みを阻む医療従事者側の要因を明らかにすることで、在宅ケアへの移行に向けての今後の取り組みの方向性を探ることを本研究の目的とする。

III. 研究方法

1. 研究対象者

一般病院においてがん患者のケアを5年以上実践している看護師で、研究参加への同意の得られた15名を対象とした。A県内の一般病院の看護部長あてに研究依頼書を提出し、文書および口頭で説明し、対象者の紹介を依頼した。

2. データ収集方法

データ収集では、文献検討に基づいて研究者らが作成したインタビューガイドを用いて半構成的な面接を行った。面接の内容は、「在宅移行ができた理由」「在宅移行が困難な理由」「在宅ケアへの移行に関して考えていること」などとした。面接の際には、対象者が希望するプライバシーが守られる場所で行うこととした。まず、対象者に終末期がん患者の在宅ケアへの移行がスムーズに進んだ事例や困難だった事例を思い起こしてもらいながら面接をすすめ、面接内容について対象者が自由に語れるように配慮しながら行った。面接内容は、対象者の同意を得た上で録音し、逐語録を作成しデータとした。

3. 分析方法

分析は質的帰納的方法を用いて行った。まず、面接内容の逐語録から、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因を対象者ごとに抽出し、コード化した。次に、対象者ごとに抽出されたコードをカテゴリー化した。分析に当たっては、研究者間で相互に確認しあい、信頼性・妥当性を高めていくようにした。

4. 倫理的配慮

研究期間を通して、対象者の権利が守られるように、参加の自由、プライバシーの保護、データ

の管理、成果の報告の承認など倫理的配慮を徹底した。対象者への説明時に、以下の内容について説明し、研究参加への同意を得た。①研究への参加は自由意思に基づくものであること、②面接日時や場所は対象者の希望に添うこと、③得られた情報は研究目的以外では使用しないこと、④厳重なデータ管理を行うこと、⑤研究参加の有無に関わらず不利益のないことが保証されること、⑥研究者の所属と連絡先の提示、⑦匿名性を確保した上で研究成果を発表すること。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は、9つの総合病院の病棟・地域医療相談室および訪問看護ステーションなどに勤務する看護師15名であった。

2. 終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因

終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因として、【在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢】【在宅ターミナルケアへの移行を支える看護実践力の不足】【人間の生死について語り合うことのできない人間関係】【患者や家族の意向を確認しないままの判断基準】【在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ】【ターミナルケアを実践できる看護師育成の不足】の6つのカテゴリーが明らかとなった(表1)。

1) 【在宅ターミナルケアに対する医療従事者側の態度・姿勢】

このカテゴリーは、在宅ターミナルケアに対して医療従事者の態度が消極的であるために、患者家族が終末期の療養の場を決定する上で在宅という選択肢を持つだけの必要な情報が提供できていないというものであった。このカテゴリーには、《在宅ケアへの移行に対する看護師の消極的態度》《医師のパターナリズム》という2つの中カ

テゴリー、〈在宅ケアへの移行に対する看護師の躊躇〉〈情報不足のため患者が在宅を考える術もない〉〈在宅ケアへの移行は患者や家族の積極性まかせ〉〈終末期がん患者の療養に関する医師の意向が優先される〉〈終末期がん患者の療養に関する家族の意向が優先される〉という5つの小カテゴリーが含まれていた。

対象者は「患者や家族が積極的だと在宅ケアへの移行を働きかけることもある」「在宅の話は医師がしていると思う。医師と家族との話し合いに看護師があまり積極的に関わっていない」「予告告知がされていないので、在宅ケアへの移行について話題にできない」「本人が病状を知らないため、在宅へ移行する気持ちにならない」などと述べていた。これらの看護師は、在宅移行に対して患者や家族の積極性まかせ、医師まかせの現状を振り返ることにより、看護師の消極的な態度や医師の主導に任せていることが在宅ケアへの移行を困難にしていると捉えていることが明らかになった。

2) 【在宅ターミナルケアへの移行を支える看護実践力の不足】

このカテゴリーは、在宅ケアへの移行を進めていく上での看護師の技術や知識、行動力などが不十分であるというものであった。《在宅ケアへの移行を進めるための看護師のアセスメント不足》《在宅ケアを支える看護師の調整不足》《看護師の在宅ターミナルケアを進めていく力の不足》という3つの中カテゴリー、〈在宅ケアへの移行に関する看護師の準備性のなさ〉〈在宅ケアへの移行に関する看護師の予測する力の不足〉〈在宅ケアを支える医療従事者の連携不足〉〈在宅ケアに関する適切な情報が共有できない〉〈在宅への移行を進める看護師の行動力の不足〉という5つの小カテゴリーが含まれていた。

対象者は「療養の場の選択について話を持ち出すタイミングが遅れる」「看護師の中にはお家に帰らせてあげられたらいいと言うけれど、それは

自分がするのではなくてそうだったらいいと言うぐらいの感覚で、実行を伴っていない」と述べていた。これらの看護師は、在宅ターミナルケアに必要な看護師のアセスメント、調整、行動力の不足が、在宅ケアへの移行を困難にしていると捉えていることが明らかになった。

3) 【人間の生死について語り合うことのできない人間関係】

このカテゴリーは、看護師が患者と最期をどこで迎えたいかといった内容の話をできる関係性にはないと考えているものであった。《生き方、死に方にまつわる話ができる関係性のなさ》という1つの中カテゴリー、〈在宅ケアに関して話し合える関係性がないと考えている〉〈死という言葉タブー視している〉という2つの小カテゴリーが含まれていた。対象者は「受け持ち制ではないので、患者・家族の関わりに距離があるので、最期という言葉を使うには勇気がいる。あと何ヶ月という段階で最期をどのようにしたいかということを出すのはなかなか勇気がいる」「家族側の社会的な問題には看護師が踏み込めない」「死ぬという言葉タブー視している」と述べており、これらの看護師は、患者の生き方、死に方にまつわる話をすることに対して躊躇があること、また死について患者と話をすることへの抵抗感があり、このことが在宅ケアへの移行を進めていけない要因の1つであると捉えているという結果であった。

4) 【患者や家族の意向を確認しないままの判断基準】

このカテゴリーは、終末期の療養の場を決定していく上で患者や家族の意向を十分確認できないまま、医療者のこれまでの経験や地域の終末期医療に対する考え方などを判断基準に用いていることが、終末期がん患者の在宅への意向を阻んでいるというものであった。このカテゴリーには、《ターミナルケアの経験により培われてきた判断基準》《地域で培われてきた看取りに関する考え

に基づいた判断基準》という2つの中カテゴリー、〈終末期がん患者は病院にいる方がいいに違いない〉〈終末期がん患者の在宅ケアは家族に負担〉〈地域の人々の終末期医療に関する考え方や価値観（病院がいい）を優先する〉という3つの小カテゴリーが含まれていた。

対象者は「看護師の意識は在宅というよりも病院の中でいかに最期を迎えられるかという考えのほうが強い。いかに安らかな最期を病院で迎えられるかを考えていて、在宅という考えまでいたっていないかもしれない」「在宅では家族のほうが大変になるから、なかなか在宅について話すことはできない」「周りの家族がそんなに悪いのであればやっぱり病院でないといけないという考えを持っている」「悪い状態で家で過ごすのはおかしいという雰囲気がある」と述べていた。これらの看護師は終末期がん患者の療養の場の選択において、本人の意思を確認しないまま医療者の看取りに対するこれまでの経験や地域の価値観を優先させており、このことが終末期がん患者の在宅移行を阻む要因の1つであると捉えていた。

5) 【在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ】

このカテゴリーは、在宅ケアへの移行を進める上で必要な緩和ケアに関する知識や情報の不足や、在宅療養上の支援ができる訪問看護ステーションや開業医とのネットワークが少ないため、必要時に知識や情報を提供できないというものであった。このカテゴリーは、《在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報不足》《在宅ターミナルケアに関わる医療従事者を支える資源の不足》という2つの中カテゴリー、〈在宅ターミナルケアに関する情報不足〉〈在宅ターミナルケアに関する関心・知識不足〉〈在宅ターミナルケアを支える社会資源に関する知識・情報不足〉〈在宅ターミナルケアを推進していく上での相談窓口の不足〉〈病院内で活用できる資源の不足〉〈地域で活用できる資源の不足〉という6つの小カテゴリー

を含んでいた。

対象者は「脳梗塞などを対象にした訪問看護はあるけれど、終末期がん患者を対象にしている訪問看護ステーションが少ない」「看護師がもっと勉強して知識を持ち、自分たちが家に帰れると思うようになったり、家族の人にもっと説明できるようになって選択肢を広げたりする必要がある」と述べていた。これらの看護師は、社会資源の不足や知識・情報不足、相談窓口の不足が在宅ケアへの移行を困難にしていると捉えていた。

6) 【ターミナルケアを実践できる看護師の育成不足】

このカテゴリーは、臨床の中でターミナルケアの実践力を培う教育が不十分であるため、死生観の育成が不十分で、ターミナルケアを進めていくうえでの人材の不足を招いており、終末期がん患者や家族に対して在宅での看取りという選択肢を提供できていないというものであった。このカテゴリーには、《終末期医療に関わる医療従事者の死生観の育成の不足》《在宅ターミナルケアを支える看護師の知識・技術教育の機会の少なさ》という2つの中カテゴリー、〈医療者の人生観を育てる機会の少なさ〉〈終末期看護に関する看護観の育成の不足〉〈ターミナルケアを充実させるための人材の不足〉という3つの小カテゴリーが含まれていた。

対象者は「終末期を迎える患者さんにどう向き合っていくのかわからない」「人生に対する考え方とかそういう部分を考える機会が少ない」「痛みに対する対応だとかが未熟で、プロフェッショナルなところをもっと磨いたほうが良い」と述べており、これらのことが在宅ケアへの移行を困難にしていると捉えていた。これらの看護師は、臨床のなかで終末期の患者とのかかわりの体験を振り返りかえり学びにつなげていく機会が必要であり、また卒後も専門性を高めるために学習を続けていくことが必要であると指摘していた。

V. 考 察

本研究の結果から、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の主たる要因として、終末期がん患者や家族の療養の場に関する意思を確認しないまま、医療従事者や地域の価値観により判断されている現状や、人間の生死について語り合うことのできない人間関係構築などの力量の問題があることが明らかになった。

1. 医療従事者の判断

終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因として、まず、療養の場の決定において【患者・家族の意思を確認しないまま、医療従事者や地域の看取りに対する価値観により判断】されていることが明らかになった。このことには、地域の社会資源の少なさ、家族の介護力の不足、在宅ケアシステムが整っていないことなどが背景としてあり、在宅という選択肢を提示するよりも病院で医療者が看取の方が良いに違いないという医療従事者側の判断が関わっていると考えられた。

蘆野⁴⁾は、在宅ホスピスケアが円滑に継続されるための必要不可欠な条件として、病状に関する医療情報がつねに患者本人に開示されていることを挙げ、がん治療を担当する医師に対する在宅ホスピスケアの教育の必要性を主張している。そして、早急に解決する必要がある課題として、病院で医療者が看取ることが当たり前となっている現状や在宅ホスピスケアというシステムを地域住民が知らない現状を指摘している。

予後や死について患者と話し合うことは、自分自身の死生観や看護観が曖昧であれば、死を見つめていくだけの信念や自信がもてず、関わることに不安や恐れを抱かせるであろう⁵⁾。また、患者の不安を引き受ける構え⁶⁾がなければ、【患者・家族の意思を確認しないまま、医療従事者や地域の看取りに対する価値観により判断】してしまわざるを得ないのではないだろうか。

2. 患者・家族の意思を引き出す力

本研究の対象者は、在宅移行を阻む医療従事者側の要因として、【人間の生死について語り合えない人間関係】や【在宅ターミナルケアに対する医療従事者側の態度・姿勢】があると捉えていることが明らかになった。これらの状況が生じてきた背景として、看護師自身の死生観が関わっており、終末期であることや死に向き合って話すことに対する看護師の自信のなさや躊躇が影響していると考えられた。

川越⁷⁾が、在宅ホスピス・緩和ケアを始めるときには、医療者が濃厚な関わりを持って患者・家族を支えなければならないと指摘している。また、内布⁸⁾は、患者が死にゆくことを言語化することを支えるための「看護師の構え」の1項目として、自分と患者との信頼関係が深いと感じていることを抽出している。さらに、二渡⁹⁾も、終末期患者に対する看護師の意識および行動に、患者・家族とのコミュニケーションの程度や死生観が関連していることを報告している。

看護師の死生観によって、患者との関わりが消極的になる傾向があることが示唆されていることから、医療従事者から濃厚な関わりを持って患者・家族を支えなければならない時期に、必要な情報提供や援助が提供されない可能性が生じる。患者・家族との信頼関係の構築と看護師自身が死への不安を患者と共に引き受ける覚悟を持つこと¹⁰⁾によって、患者・家族の思いを理解し、積極的な関わりが可能になると考えられる。

3. 在宅ターミナルケアを支えるための知識や情報に基づく看護実践力

【在宅ターミナルケアへの移行を支える看護実践力の不足】 【在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・ネットワークの少なさ】

【ターミナルケアに関わる看護師の育成の不足】の3つの要因から、在宅ターミナルケアを支えるための知識や情報に基づいた看護実践力の不足やその育成の不足があることが明らかとなった。

これらの結果が抽出された背景には、在宅ケアに必要な知識や情報の普及が十分でないこと¹¹⁾や、在宅ケアを支える医療チーム内での看護師の調整能力が不足していること、地域の専門職者間の連携が整っていないこと、ターミナルケアに関する継続教育の不足などが関わっていると考えられた。終末期がん患者の病態は非常に不安定であり、予後予測の困難性が指摘¹²⁾されている。在宅療養を希望する終末期がん患者の在宅ケアを支えていくためには、患者・家族が納得して在宅を選べるような説明と緊急時の対応に対する安心感を与える体制、そして地域の社会資源を十分に活用していくこと¹³⁾が重要である。また、がん終末期在宅療養者の自己決定と家族の意向が不一致となった状況を解決し在宅療養者の自己決定を支援するために、訪問看護師はケアチームの連携¹⁴⁾の重要性を指摘している。

以上のことより、在宅療養を希望する終末期がん患者や家族が、在宅ケアを選択し継続していくためには、必要な情報が継続的に提供できるシステムの重要性が示唆される。在宅ホスピスケアを地域社会のシステムとして、施設を越えて連携のネットワークを築いていくために、人と人とのつながりを作っていくことも重要であろう。

4. 看護実践への示唆

以上のような現状をふまえ、今後在宅ケアへの可能性を探り、実現していくために必要なことを検討した。

本研究において、対象である看護者達が指摘した在宅ケアへの移行を阻む状況は、終末期がん患者が死と向き合うことを阻害するだけでなく、在宅ケアを希望する患者が在宅ケアを選択する権利を守ることも難しくしているといえる。

終末期がん患者に関わる看護師は、在宅ケアへの移行を検討するにあたって患者や家族と真摯に向き合い、話し合いの場を持ち、終末期の療養の場の選択肢として、在宅ケアへの移行の意思を明確にしていける必要があると考える。また、知識や

情報に基づいた実践力や患者の病状や予後を読み取り在宅移行へのタイミングを的確に捉えていく力が求められているといえる。

また、生死について語り合える関係を形成していくためには、実践や継続教育を通して看護師自身の人生観や死生観、看護観など人生哲学を育成していくことが必要であると考え。すなわち、看取りの経験をした看護師が人の生死をどのように感じたのか、どのようなことを考えたのかを表現できるように支援していくことや、看取りに関わる人々がもつ個別の価値観を共有し認め合っていくことなどを通して、看護師が自らの死生観や価値観を培い、人間としての成長を促していくことが必要である。

VI. 結 論

一般病院でがん患者のケアを5年以上実践している看護師15名を対象として研究を行った結果、終末期がん患者の在宅ケアへの移行への取り組みを阻む医療従事者側の要因として、【在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢】【在宅ターミナルケアへの移行を支える看護実践力の不足】【人間の生死について語り合うことのできない人間関係】【患者や家族の意向を確認しないままの判断基準】【在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ】【ターミナルケアを実践できる看護師の育成不足】の6つがあることが明らかになった。

これらの結果の考察を通して、次のことが重要であることがわかった。

- 1) 終末期がん患者と関わる看護師は、患者や家族と真摯に向き合い、話し合いの場を持ち、終末期の療養の場の選択肢として、在宅ケアへの移行の意思を明確にしていく必要がある。
- 2) 在宅ケアへの移行を支える看護師には知識や情報に基づいた実践力、患者の病状や予後を読み取り在宅移行へのタイミングを的確にとらえていく力が求められている。
- 3) がん患者のターミナルケアを実践していく看

護師の育成、臨床の場における継続教育の充実が必要であると考えられた。

(本研究は、文部科学省科学研究費補助金萌芽的研究課題番号[13877430]の助成を受けた研究の一部である。)

- 1) 厚生労働省、終末期医療に関する調査等検討会報告書、2004
- 2) 中村陽子、人見裕江、小河孝則、他；在宅死を可能にする要因 都市部・郡部の比較研究から、ホスピスケアと在宅ケア、Vol.10, No.3, 263-269, 2003
- 3) 木下由美子；在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因——病院の訪問看護活動より—、ターミナルケア、Vol.10, No.2, 148-155, 2000
- 4) 蘆野吉和；在宅ホスピスケアの教育、緩和医療学、5(2), 150-155, 2003
- 5) 小松浩子、小島操子；ターミナルケアに携わる看護師と医師のストレス、看護学雑誌、52(11), 1077-1083, 1988
- 6) 内布敦子；患者が死にゆくことを言語化することを支える「看護師の構え」、がん看護、7巻6号、521-527, 2002
- 7) 川越厚、松浦志のぶ、川越牧子；在宅ホスピス相談外来の実態と役割—相談外来受診者の転帰から—、ターミナルケア、Vol.13, No.6, 494-499, 2003
- 8) 前掲書6
- 9) 二渡玉江、入澤友紀、碓井真弓、他；終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討、がん看護、8巻3号、241-247, 2003
- 10) 前掲書6
- 11) 森田達也、明智龍男、藤森麻衣子、他；緩和ケアについての改善点と不満足な点：遺族からの示唆、緩和ケア、15(3), 251-258, 2005
- 12) 大坂巖；緩和ケア病棟における緊急入院の検討、ホスピスケアと在宅ケア、12(3), 209-214,

2004
13) 張恩恵, 濃沼信夫, 伊藤道哉, 他; 在宅緩和
ケアにおける介護負担に関する研究, 死の臨床,
26(1), 77-83, 2003

14) 松村ちづか, 川越博美; 訪問看護婦の意思決
定の促進要因・阻害要因の分析—5年未満の訪
問看護婦の意思決定の特徴—, 日本がん看護学
会誌, 15巻2号, 62-67, 2000

表1 在宅ケアへの移行への取り組みを阻む医療従事者側の要因

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	
在宅ターミナルケアに対 する医療従事者の態度・ 姿勢	在宅ケアへの移行に対する看 護師の消極的態度	在宅ケアへの移行に対する看 護師の躊躇	在宅ターミナルケアに関する看護師の認識不 足
			予後告知がされていないので在宅ケアへの移 行について話題にできない
			最期を迎える療養場所に関して話題にすること への抵抗感
		情報不足のため患者が在宅 を考える術もない	患者に提供する病状・予後に関する情報の制 限
			患者が終末期の療養の場を決定するための選 択肢について十分な情報を得ることができな い
			本人が病状を知らないため、在宅へ移行する 気にならない
	医師のパターナリズム	在宅ケアへの移行は患者や 家族の積極性まかせ	患者や家族が積極的であれば在宅ケア移行 へ働きかける
			高齢者へは情報を制限するという医師の画一 的な対応
			患者や家族の意向が確認されないままでの療 養方針の決定
			在宅ターミナルケアに関する医師の視点のな さ 看護師が治療方針に口出しできない
在宅ケアへの移行を支 える看護実践力の不足	在宅ケアへの移行を進めるた めの看護師のアセスメント不 足	在宅ケアへの移行に関する看 護師の準備生のなさ	日常ケアとしての在宅ケアへの移行への準備 性のなさ
			在宅ケアへの移行への準備時間が確保できな い
		在宅ケアへの移行に関する看 護師の予測する力の不足	療養の場の選択について話を持ち出すタイミ ングの遅れ
			家族の意向確認せずに在宅ケアへの移行を進 める先走り
	在宅ケアを支える看護師の調 整不足	在宅ケアを支える医療従事者 の連携不足	医療施設と地域の医療関係者間の連携がとれ ていない
			看護師と医師間で患者の療養の場に関して話 し合う機会がない
			在宅ケアへの移行について看護師間で話が詰 められない
			告知から意志決定までの継続的な看護援助が 提供できていない
	看護師の在宅ターミナルケア を進めていく力の不足	在宅ケアに関する適切な情報 が提供できない	本当の病名を言っていないため、患者が自分 で選べない
			在宅への移行を進める行動力の不足
		在宅への移行を進める看護師 の行動力の不足	患者が一番頼りにしているのは医師であり看 護師はその間に入っていけない

人間の生死について語り合うことのできない人間関係	生き方、死に方にまつわる話ができる関係性のなさ	在宅ケアに関して話し合える関係性がないと考えている	患者や家族との関係性に距離がある
		死という言葉タブー視している	在宅ケアについて話題にすると追い出すと思われるか心配
			家族側の社会的な問題(仕事・経済面)には看護師が踏み込めないという思い
患者や家族の意向を確認しないままの判断基準	ターミナルケアの経験により培われてきた判断基準	終末期がん患者は病院にいる方がいいに違いない	終末期がん患者の在宅ケアは困難という考え
		終末期がん患者の在宅ケアは家族に負担	状態の悪い患者は病院にいたいと思っているという信念
			病院で最期を迎える方がいいという価値観
	地域で培われてきた看取りに関する考えに基づいた判断基準	地域の人々の終末期医療に関する考え方や価値観(病院がいい)を優先する	家族の負担に対する一方的な考え方
			病院がいいという考え方が根深い
			どうして病院に入れないかという地域的な考え方
在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ	在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報不足	在宅ターミナルケアに関する情報不足	在宅ターミナルケアに関する情報不足
		在宅ターミナルケアに関する関心・知識不足	在宅ターミナルケアに関する関心・知識不足
		在宅ターミナルケアを支える社会資源に関する知識・情報不足	在宅ターミナルケアを支える社会資源に関する知識・情報不足
	在宅ターミナルケアに関わる医療従事者を支える資源の不足	在宅ターミナルケアを推進していく上での相談窓口の不足	家族の不安を取り除く説明ができない
		病院内で活用できる資源の不足	患者や家族に提供している在宅ケアへの移行に関する情報不足
		地域で活用できる資源の不足	臨床心理士など他職種の参加がない
			24時間在宅でみてくれる医師がいない
			ターミナル対象の訪問体制が十分でない
ターミナルケアを実践できる看護師の育成不足	終末期医療に関わる医療従事者の死生観の育成の不足	医療者の人生観を育てる機会の少なさ	医療者の人生に対する考え方を育てる機会が少ない
		終末期看護に関する看護観の育成の不足	終末期を迎える患者さんへの看護観の育成が不十分である
	在宅ターミナルケアを支える看護師の知識・技術教育の機会の少なさ	ターミナルケアを充実させるための人材の不足	病棟の中でターミナルケアのリーダーシップがとれる人材が不足している
			痛みのケアに対する専門性が未熟である